

# Medicinrådets kliniske sammenligningsgrundlag vedrørende lægemidler til kronisk migræne

*Herunder kriterier for opstart,  
monitorering, skift og seponering*

# Beh



## Om Medicinrådet

Medicinrådet er et uafhængigt råd etableret af Danske Regioner.

Medicinrådet udarbejder fælles regionale behandlingsvejledninger og kliniske sammenligningsgrundlag. Dokumenterne indeholder vurderinger af, hvilke lægemidler der er mest hensigtsmæssige at behandle patienter med inden for et terapiområde. De danner dermed grundlag for ensartet høj kvalitet for behandling af patienter på tværs af sygehuse og regioner. Medicinrådet angiver kliniske rækkefølger af de inkluderede lægemidler på baggrund af en redegørelse for evidensen for klinisk effekt og sikkerhed.

## Om Medicinrådets kliniske sammenligningsgrundlag

I *Medicinrådets kliniske sammenligningsgrundlag* er datagrundlaget og analyserne, der danner baggrund for Medicinrådets kliniske rækkefølge af lægemidler og det kliniske sammenligningsgrundlag, beskrevet. I det kliniske sammenligningsgrundlag tager Medicinrådet stilling til, om der er klinisk betydende forskelle mellem lægemidlerne, eller om to eller flere af disse kan ligestilles. Medicinrådet tager udgangspunkt i en evidensgennemgang bestående af [Medicinrådets samling af vurderinger af anti-CGRP-antistoffer til behandling af kronisk migræne](#) og [Medicinrådets anbefaling vedr. eptinezumab til behandling af kronisk migræne](#).

Medicinrådets kliniske sammenligningsgrundlag danner sammen med en eventuel omkostningsanalyse baggrund for Medicinrådets lægemiddelrekommandation til regionerne.

### Dokumentoplysninger

<b>Godkendelsesdato</b>	8. august 2023
<b>Dokumentnummer</b>	178202
<b>Versionsnummer</b>	1.1

©Medicinrådet, 2023  
Publikationen kan frit refereres  
med tydelig kildeangivelse.

Sprog: dansk  
Format: pdf  
Udgivet af Medicinrådet, 24. august 2023



# Medicinrådets kliniske sammenligningsgrundlag

## Vedrørende lægemidler til forebyggende behandling af kronisk migræne

Medicinrådet vurderer, at der for lægemidler angivet under "Anvend" i Tabel 1.1 ikke er klinisk betydende forskelle. Medicinrådet betragter derfor de angivne lægemidler som klinisk ligestillede, og de er dermed mulige behandlinger til patienter med kronisk migræne, som har oplevet behandlingssvigt på tidligere forebyggende behandlinger med mindst ét antihypertensivum og ét antiepileptikum. Fagudvalget har sat efterlevelseshøjden til min. 70 %, da administrationsformerne inkluderer både intravenøs (i.v.) og subkutan (s.c.) behandling.

Medicinrådet konkluderer, at både praktiske forhold, administrationspraksis og økonomi kan have betydning for valg af lægemiddel i den enkelte region. Formålet med det kliniske sammenligningsgrundlag og den efterfølgende omkostningsanalyse er at oplyse regionerne om økonomiske forhold.

**Tabel 1.1. Medicinrådets kliniske rækkefølge af lægemidler til patienter med kronisk migræne**

	Lægemiddel
Anvend til 70 % af patientpopulationen*	Erenumab (s.c.) Fremanezumab (s.c.) Galcanezumab (s.c.) Eptinezumab (i.v.)
Overvej	
Anvend ikke rutinemæssigt	
Anvend ikke	

\* Procentsatsen beskriver den andel af populationen, der som minimum bør begynde behandling med det lægemiddel, der bliver førstevalg i rekkommandationen.

## Baggrunden for Medicinrådets ligestilling af lægemidler

Herunder opsummerer Medicinrådet de faktorer, der har været afgørende for ligestillingen af lægemidler til patienter med kronisk migræne, som har oplevet behandlingssvigt på tidligere forebyggende behandlinger med mindst ét antihypertensivum og ét antiepileptikum. Kronisk migræne bliver defineret som mindst 15 hovedpinedage pr. måned, heraf mindst 8 migrænedage.

I [Medicinrådets samling af vurderinger af anti-CGRP-antistoffer til behandling af kronisk migræne](#) vurderes det, at der for lægemidlerne erenumab, fremanezumab og



galcanezumab ikke er klinisk betydende forskelle, og de tre lægemidler betragtes derfor som klinisk ligestillede. De er alle tre anbefalet af Medicinrådet og er dermed mulige standardbehandlinger til patienter med kronisk migræne, som har oplevet behandlingssvigt på tidligere forebyggende behandlinger med mindst ét antihypertensivum og ét antiepileptikum [1]. I november 2022 anbefalede Medicinrådet eptinezumab til forebyggende behandling af kronisk migræne og vurderede, at effekt og bivirkninger af eptinezumab er sammenlignelig med de øvrige CGRP-antistoffer. Medicinrådet ligestiller derfor i Tabel 1.2 eptinezumab med CGRP-antistofferne erenumab, fremanezumab og galcanezumab [2].

I det kliniske sammenligningsgrundlag er der sat en sammenligningsperiode på 40 måneder, da pausen i de to behandlinger ikke ligger samtidig, og derfor er perioden bestemt til at indeholde to pauser i begge behandlingsforløb.

**Tabel 1.2. Klinisk sammenligningsgrundlag med en sammenligningsperiode på 40 måneder**

Lægemiddel	Sammenligningsdosis	Mængde (mg)
Erenumab (s.c.)*	70 mg én gang pr. måned	2.730
	140 mg én gang pr. måned	5.460
Fremanezumab (s.c.)**	225 mg én gang pr. måned	8.775
	675 mg én gang hver 3. måned	8.775
Galcanezumab (s.c.)	Støddosis på 240 mg efterfulgt af 120 mg én gang om måneden	4.800
Eptinezumab (i.v.)***	100 mg én gang hver 3. måned	1.300
	300 mg én gang hver 3. måned	3.900

\* 140 mg er det, der oftest anvendes i dansk klinisk praksis.

\*\* 225 mg én gang om måneden er det, der oftest anvendes i dansk klinisk praksis.

\*\*\* Anbefalet dosis er 100 mg, men nogle patienter kan have gavn af 300 mg.

Baggrunden for det kliniske sammenligningsgrundlag vil blive uddybet i evidensgennemgangen nedenfor.

## Kriterier for opstart, opfølgning, skift og seponering

Kriterier for opstart, opfølgning og seponering er udarbejdet af fagudvalget vedr. migræne. Formålet med opstarts- og seponeringskriterierne er at sikre en kontrolleret og ensartet national anvendelse. Kriterierne blev offentliggjort d. 19. februar 2020 som et tillæg til anbefalingerne af erenumab og fremanezumab. Ved Medicinrådets anbefaling af galcanezumab d. 23. september 2020 blev kriterierne opdateret til også at omfatte galcanezumab. Kriterierne er igen opdateret d. 26. maj 2021, efter de danske hovedpineklinikker har udarbejdet en ny national instruks vedrørende behandling med CGRP-antistoffer [3]. Den seneste opdatering, som ses herunder, indeholder ingen substantielle ændringer, men inkluderer i.v. som administrationsform.



**Tabel 1.3. Oversigt over procedurer**

Måned	Før	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
Lægemidler, som administreres subkutant (s.c.)																						
Besøgsnummer	1	2			3			4						5					Pause	6+		
Opstart~		X																			X	
Kontrol af behandlingsindikation*	X	X																			X	
Registrering af tidligere behandlinger	X																					
Samtykke til kvalitetssikringsdatabase	X																					
Registrering af data fra hovedpinekalender	X	X <sup>#</sup>			X			X						X							X	
Udlevering af medicin til selvadministration		X <sup>†</sup>			X			X						X <sup>‡</sup>							X	
S.c. behandling		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X
Kontrol af effekt					X			X						X							X <sup>x</sup>	



Måned	Før	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
Lægemidler, som administreres intravenøst (i.v.)																						
Besøgsnummer	1	2			3			4			5			6			7			Pause	8+	
Opstart~		X																				X
Kontrol af behandlingsindikation*	X	X																				X
Registrering af tidligere behandlinger	X																					
Samtykke til kvalitetssikringsdatabase	X																					
Registrering af data fra hovedpinekalender	X	X#			X			X						X								
I.v. behandling		X			X			X			X			X								X‡
Kontrol af effekt					X			X			X			X								X

~ Opstart: For patienter i behandling med Botox skal der gå mindst 4 måneder efter sidste behandling med Botox inden behandling med CGRP-antistof. Dette gælder dog ikke, hvis der ikke har været effekt af Botox.

\* Patienter med kronisk migræne, som har oplevet behandlingssvigt på tidligere forebyggende behandlinger med mindst ét antihypertensivum og ét antiepileptikum.

# Hovedpinekalender fra den sidste måned før mødedagen for opstart fungerer som baseline.

† Ved første behandling bruges startpakke, hvis det er relevant for det aktuelle førstevalg.

‡ S.c. behandling pauseres i en måned efter 17 måneder, i.v. pauseres i en måned efter 18 måneder. Dette for at undersøge, om patienten fortsat har behov for behandling. Behandlingen kan genoptages, hvis patienten fortsat opfylder inklusionskriterierne (kronisk migræne uden MOH) den sidste måned op til besøget.

× Efter måned 18 fortsættes kontrol hver 6. måned.



## Patienter/behandlingsindikation

Patientgruppen er patienter med kronisk migræne (mindst 15 hovedpinedage pr. måned, heraf mindst 8 migrænedage), som har oplevet behandlingssvigt på tidligere forebyggende behandlinger med mindst ét antihypertensivum og ét antiepileptikum. Behandlingssvigt defineres som ikke tilstrækkelig effekt eller væsentlig toksicitet. Ved hovedpine forårsaget af medicinoverforbrug (MOH) skal medicinen være saneret. Eventuel behandling med Botox skal seponeres. For patienter i behandling med Botox skal der gå mindst fire måneder efter sidste behandling med Botox inden behandling med CGRP-antistof. Dette gælder dog ikke, hvis der ikke har været effekt af Botox [3].

## Opstart af behandling

### Screening (besøg 1)

Tidligere forebyggende behandling af migræne, der har været afprøvet uden tilfredsstillende resultat, skal dokumenteres.

Patienten orienteres om, at vedkommende fremover skal føre fast hovedpinekalender med angivelse af antal dage med migræne, spændingshovedpine og kraftig migræne/hovedpine samt dage med indtag af anfaldsmedicin.

**Dette er en betingelse for, at medicinen kan udleveres.**

### Opstart af behandling (besøg 2)

Hovedpinekalender skal foreligge fra den seneste måned før mødedagen for opstart af behandling. Dette fungerer som baseline. Kriteriet for behandlingsindikation bekræftes.

Første behandling gives i klinikken. Patienten, som tilbydes s.c.-behandling, oplæres i selvadministration og får medicin til yderligere to behandlinger med hjem.

## Monitorering af effekt

### Vurdering af effekt (besøg 3 og 4)

Effekt af behandlingen er defineret som mindst 30 %'s reduktion i antallet af dage med migræne af moderat til svær intensitet eller hovedpine af svær intensitet.

Hvis en patient ikke opnår mindst 30 %'s reduktion i antallet af dage med migræne af moderat til svær intensitet eller hovedpine af svær intensitet, skal behandlingen intensiveres eller seponeres.

Patienter, der modtager s.c. behandling, skal komme til kontrol efter 3 og 6 måneders behandling. Ved besøget i måned 6 medgives medicin til 6 s.c. behandlinger. Patienter, der modtager i.v. behandling, får 2. og 3. behandling i måned 3 og 6. I denne periode skal der for begge behandlingsforløb føres hovedpinekalender dagligt.

### Vurdering af effekt (besøg 5 for s.c. og besøg 5-7 for i.v.)

Efter de første 6 måneders behandling fortsættes opfølgningen hver 6. måned for de patienter, der modtager s.c. behandling.



Fra måned 6 noterer patienten, der modtager s.c. behandling, kun data vedrørende hovedpine (jf. kravene til hovedpinekalender) og medicinindtag for sidste måned før næste besøg (ca. måned 11). Patienten skal dog i perioder, hvor der pauseres med behandlingen (måned 17), notere data for sidste måned med behandling (starter, når patienten tager den sidste sprøjte, dvs. i måned 16) og den efterfølgende måned (hvor der er behandlingspause, dvs. måned 17).

Patienter, der modtager i.v. behandling, noterer data vedrørende hovedpine (jf. kravene til hovedpinekalender) og medicinindtag for hver måned op til deres næste behandling.

Ved besøg 5, som foregår i måned 12, medgives medicin til 5 s.c. behandlinger. Det vil sige, at patienten, der modtager s.c. behandling, skal holde 1 måneds pause efter 17 måneders behandling. For patienter, der modtager i.v. behandling, vil denne pause ligge efter 18 måneders behandling (3. måned efter den 6. behandling). Dette for at undersøge, om patienten fortsat har behov for forebyggende behandling.

#### **Vurdering af fortsat behandlingsindikation (besøg 6 for s.c. og besøg 8 for i.v.)**

Ved besøg 6 for s.c. og besøg 8 for i.v. kan behandlingen genoptages, hvis patienten har oplevet klar forværring under pausen og fortsat opfylder inklusionskriterierne (kronisk migræne uden MOH) den sidste måned op til besøget. Dette vurderes af en speciallæge.

Hvis behandling med s.c. CGRP-antistoffer genoptages, medgives medicin til 6 behandlinger.

Hvis behandling med i.v. genoptages, gives denne ved samme besøg.

#### **Opfølgning efter pausen (besøg 6+ for s.c. og besøg 8+ for i.v.)**

Ved opstart efter pause, som er besøg 6, der foregår efter 24 måneder, medgives medicin til 6 s.c. behandlinger. Ved besøg 7, som foregår efter 30 måneder, medgives medicin til 5 behandlinger. Det vil sige, at patienten igen skal holde én måneds pause efter 35 måneders behandling (måned 36).

For i.v. patienterne vil opstarten efter pause være besøg 8. Disse patienter vil fortsætte med de næste 5 i.v. behandlinger hver 3. måned indtil den næste pause, der ligger efter 12. behandling (måned 37).

Patienten instrueres i, hvornår vedkommende skal føre hovedpinekalender (se vedrørende pausering af behandling ovenfor). Kriteriet for at fortsætte behandling er fortsat en klar forværring, hvor patienten fortsat opfylder inklusionskriterierne (kronisk migræne uden MOH) den sidste måned op til besøget.

Herefter skal patienten, der modtager s.c. behandling, ses hver 6. måned. Patienten skal fortsat føre en måneds hovedpinekalender hver 6. måned for at tjekke, om der fortsat er effekt af behandlingen. Der holdes pause hver 17. måned (hvert 1,5 år).

Patienten, der modtager i.v. behandling, fortsætter behandling hver 3. måned. Der skal fortsat føres hovedpinekalender hver måned op til deres næste behandling for at tjekke, om der fortsat er effekt af behandlingen. Der holdes pause hver 18. måned (ca. hvert 1,5 år).





## Seponering og skift af lægemiddel

Det er Medicinrådets anbefaling, at regionerne ved opstart af nye patienter vælger det lægemiddel, der er forbundet med de laveste omkostninger. Der er forskelle i de behandlingsrelaterede udgifter mellem s.c. og i.v. behandling.

### *Seponering ved manglende effekt*

Ved manglende effekt af et CGRP-antistof, dvs. under 30% reduktion i antal hovedpinedage, skiftes ikke til et af de øvrige lægemidler, da behandling bør seponeres.

### *Skift ved bivirkninger*

Hvis en patient oplever ikke acceptable bivirkninger men har effekt af behandlingen, så bør skift til andet CGRP-antistof overvejes, hvor rækkefølgen i rekommandationen bør følges. Det er ikke nødvendigt at holde pause ved behandlingsskift.

### *Skift i tilfælde af ændringer i priserne og nyt rekommanderet førstevalg*

Patienter, der allerede er i behandling med et CGRP-antistof, kan som udgangspunkt fortsætte denne behandling. Dog opfordres den behandlende læge til at overveje et skift, hvis skiftet vurderes at være uden risiko for patienten og samtidig forbundet med væsentlige besparelser.

## Opsamling af data

Ved hvert kontrolbesøg registreres antal dage med migræne, spændingshovedpine og kraftig migræne/hovedpine samt dage med indtag af anfaldsmedicin for perioden siden sidste besøg.

Alle eventuelle bivirkninger skal indberettes til Lægemiddelstyrelsen.



# Medicinrådets evidensgennemgang



# Indholdsfortegnelse

1.	Begreber og forkortelser.....	11
2.	Baggrund og introduktion.....	12
3.	Metoder .....	12
4.	Resultater og klinisk sammenligningsgrundlag .....	12
5.	Referencer .....	16
6.	Sammensætning af fagudvalg .....	17
7.	Versionslog .....	18



# 1. Begreber og forkortelser

**CGRP** *Calcitonin gene-related peptide* (calcitonin genrelateret protein)

**MOH** Hovedpine forårsaget af medicinoverforbrug

**I.v.** Intravenøs

**S.c.** Subkutan



## 2. Baggrund og introduktion

Formålet med dette kliniske sammenligningsgrundlag er at sammenligne CGRP-antistoffer, både s.c. og i.v., til patienter med kronisk migræne. For yderligere information om migræne henvises der til "kapitel 2. Baggrund" i [Medicinrådets samling af vurderinger af anti-CGRP-antistoffer til behandling af kronisk migræne](#). Efter Medicinrådets anbefaling af eptinezumab blev det besluttet at udarbejde et klinisk sammenligningsgrundlag vedrørende lægemidler til forebyggelse af kronisk migræne.

## 3. Metoder

Det kliniske sammenligningsgrundlag er baseret på lægemidlernes produktresuméer, *Medicinrådets samling af vurderinger af anti-CGRP-antistoffer til behandling af kronisk migræne* og *Medicinrådets anbefaling vedr. eptinezumab til behandling af kronisk migræne*. I udarbejdelsen er der indhentet oplysninger fra fagudvalget.

Ansøger af eptinezumab har udført en systematisk søgning, som lever op til Medicinrådets retningslinjer. Der blev inkluderet ti publikationer baseret på data fra syv kliniske studier. Medicinrådet har baseret vurderingen af effekt og sikkerhed for eptinezumab på disse data.

Til sammenligningen mellem eptinezumab og de tre s.c. CGRP-antistoffer blev der anvendt netværksmetaanalyser. I analyserne indgår data fra 6 randomiserede forsøg, hvor de enkelte lægemidler sammenlignes med placebo. Medicinrådet accepterede ansøgers analyser og vurderede, at selvom der er en vis usikkerhed ved resultaterne på grund af forskelle studierne imellem, er studierne tilstrækkeligt sammenlignelige til at indgå i netværksmetaanalyser.

## 4. Resultater og klinisk sammenligningsgrundlag

Medicinrådet vurderer i [Medicinrådets samling af vurderinger af anti-CGRP-antistoffer til behandling af kronisk migræne](#), at der for lægemidlerne erenumab, fremanezumab og galcanezumab ikke er klinisk betydende forskelle, og de tre lægemidler betragtes derfor som klinisk ligestillede. De er alle tre anbefalet af Medicinrådet og er dermed mulige standardbehandlinger til patienter med kronisk migræne (mindst 15 hovedpinedage pr. måned, heraf mindst 8 migrænedage), som har oplevet behandlingssvigt på tidligere forebyggende behandlinger med mindst ét antihypertensivum og ét antiepileptikum.

I [Medicinrådets anbefaling vedr. eptinezumab til behandling af kronisk migræne](#) anbefaler Medicinrådet eptinezumab til forebyggende behandling af kronisk migræne til samme patientpopulation. Medicinrådets vurdering af eptinezumab er baseret på



studiedata samt netværksmetaanalyser, hvor effekten af de fire CGRP-antistoffer sammenlignes. I analyserne indgår data fra 6 randomiserede forsøg, hvor de enkelte lægemidler sammenlignes med placebo. Der er forskelle mellem studiepopulationerne, som øger usikkerheden ved sammenligningerne og mindsker overførbareheden af resultaterne. Overordnet set vurderer Medicinrådet, at datagrundlaget er tilstrækkeligt til at vurdere effekt og sikkerhed ved behandling med eptinezumab.

Netværksmetaanalyserne viser ingen væsentlige forskelle mellem lægemidlerne, målt på migrænefrekvens, sværhedsgrad af migræneanfald, livskvalitet og behandlingsophør (alle årsager). Netværksmetaanalysen for behandlingsophør grundet uønskede hændelser viser en højere risiko ved behandling med eptinezumab 300 mg sammenlignet med kvartalsvis fremanezumab 675 mg. Sammenlignet med de øvrige CGRP-antistoffer var der ingen forskel. For alle lægemidlerne er der få uønskede hændelser, herunder alvorlige uønskede hændelser som anafylaktisk reaktion [2].

Medicinrådet vurderer, at effekt og bivirkninger af eptinezumab er sammenlignelig med de antistoffer, patienterne får i dag. Medicinrådet ligestiller derfor eptinezumab med de øvrige CGRP-antistoffer, der er godkendt til kronisk migræne [2].

## Klinisk sammenligningsgrundlag

### Dosis

#### *Erenumab*

Den anbefalede dosis er 70 mg erenumab hver 4. uge. Nogle patienter kan få gavn af en dosis på 140 mg hver 4. uge.

#### *Galcanezumab*

Den anbefalede dosis er 120 mg galcanezumab én gang om måneden med en støddosis på 240 mg som den første dosis.

#### *Fremanezumab*

Der foreligger to doseringsmuligheder, som er 225 mg én gang om måneden eller 675 mg hver tredje måned.

#### *Eptinezumab*

Den anbefalede dosis er 100 mg administreret ved i.v. infusion hver 12. uge. Visse patienter kan have gavn af en dosis på 300 mg administreret ved i.v. infusion hver 12. uge.

### Forberedelse og præmedicinering

#### *Erenumab, galcanezumab og fremanezumab*

Der er ikke behov forberedelse og præmedicinering ved behandling med erenumab, galcanezumab og fremanezumab.



### *Eptinezumab*

Der er ikke behov for præmedicinering ved behandling med eptinezumab. Lægemidlet kræver fortynding inden administration. Fortyndingen skal klargøres af en sundhedsperson ved brug af aseptisk teknik for at sikre steriliteten af den fremstillede infusionsvæske. Til både 100 mg og 300 mg dosis skal der anvendes en 100 ml pose med natriumchlorid 9 mg/ml (0,9 %) injektionsvæske.

### **Administration**

#### *Erenumab, galcanezumab og fremanezumab*

Erenumab, galcanezumab og fremanezumab er beregnet til, at patienterne selv administrerer lægemidlet som s.c. indsprøjtning efter at være blevet korrekt instrueret. Injektionerne kan også gives af en anden person, der har fået den nødvendige instruktion. Pause/forsøg på seponering ligger i 17. måned, for at se om patienten stadig har effekt af behandlingen. Hvis der fortsat er behov for behandling, opstartes patienten igen i 18. måned. Der er kontrol hver 3. måned det første halve år, hvorefter der er kontrol hver 6. måned. Derudover estimeres der en telefonsamtale med en sygeplejerske på ca. 15 min. hver 4. måned.

#### *Eptinezumab*

Eptinezumab administreres som i.v. infusion af en sygeplejerske. Lægemidlet infunderes som foreskrevet, efter fortynding af hætteglassets indhold, i løbet af ca. 30 minutter. Der bruges et intravenøst infusionsæt med et 0,2 eller 0,22 µm indbygget eller påsat filter. Når infusionen er fuldført, skylles slangen med 20 ml 0,9 % natriumchlorid til injektion. Behandlingen gives en gang hver 3. måned med en pause/forsøg på seponering i 18. måned og med eventuel opstart igen i 19. måned. Ved opstart (både første gang og efter en pause) antages det, at patienten først vil have en kort konsultation med en læge (15 min.) og så derefter modtage i.v. behandlingen, som administreres af en sygeplejerske.

Det kliniske sammenligningsgrundlag fremgår af tabellen nedenfor. Medicinrådet antager, at omkostninger til bivirkninger er ens for de inkluderede lægemidler, hvorimod der er forskelle i forberedelse, administrationsfrekvens og håndtering af lægemidlerne som beskrevet. Grundet disse forskelle udarbejder Medicinrådet en omkostningsanalyse, så sammenligningen af lægemidlerne kan baseres på lægemiddelpriser og omkostninger.

**Tabel 4.1. Klinisk sammenligningsgrundlag med en sammenligningsperiode på 40 måneder**

Lægemiddel	Sammenligningsdosis	Mængde (mg)
Erenumab (s.c.)	70 mg s.c. én gang pr. måned	2.730
	140 mg s.c. én gang pr. måned	5.460
Fremanezumab (s.c.)	225 mg s.c. én gang pr. måned	8.775
	675 mg én gang hver 3. måned	8.775
Galcanezumab (s.c.)	Støddosis på 240 mg s.c. efterfulgt af 120 mg s.c. én gang om måneden	4.800



Lægemiddel	Sammenligningsdosis	Mængde (mg)
Eptinezumab (i.v.)	100 mg i.v. én gang hver 3. måned	1.300
	300 mg i.v. én gang hver 3. måned	3.900

\* 140 mg er det, der oftest anvendes i dansk klinisk praksis.

\*\* 225 mg én gang om måneden er det, der oftest anvendes i dansk klinisk praksis.

\*\*\* Anbefalet dosis er 100 mg, men nogle patienter kan have gavn af 300 mg.

## Omkostningsanalyse

Der er forskelle i behandlingsforløbene og administrationsform, hvorfor Medicinrådet udarbejder en omkostningsanalyse.

## Opdatering af klinisk sammenligningsgrundlag

Medicinrådet har ikke aktuelle planer om at opdatere det kliniske sammenligningsgrundlag. Det vil blive opdateret, hvis der fremkommer afgørende nye oplysninger om ét eller flere af de lægemidler, der indgår, samt hvis nye lægemidler godkendes til indikationen. Ligeledes vil det blive opdateret, hvis der sker ændringer i klinisk praksis omkring behandlingsforløbene for de anbefalede lægemidler.





## 5. Referencer

1. Medicinrådets samling af vurderinger af anti-cgrp-antistoffer til behandling af kronisk migræne version 1-1.pdf [internet]. [citeret 15. februar 2023]. Tilgængelig fra: <https://medicinraadet.dk/media/egmjpyid/medicnr%C3%A5dets-samling-af-vurderinger-af-anti-cgrp-antistoffer-til-behandling-af-kronisk-migr%C3%A6ne-version-1-1.pdf>
2. Medicinrådets anbefaling vedr. eptinezumab til kronisk migræne version 1-0.pdf [internet]. [citeret 15. februar 2023]. Tilgængelig fra: <https://medicinraadet.dk/media/smldznbt/medicnr%C3%A5dets-anbefaling-vedr-eptinezumab-til-kronisk-migr%C3%A6ne-vers-1-0x.pdf>
3. Medicinrådets lægemiddelrekommandation vedr. lægemidler til kronisk migræne version 1-3.pdf [internet]. [citeret 24. februar 2023]. Tilgængelig fra: <https://medicinraadet.dk/media/us5pejme/medicnr%C3%A5dets-l%C3%A6gemiddelrekommandation-vedr-l%C3%A6gemidler-til-kronisk-migr%C3%A6ne-version-1-3.pdf>



## 6. Sammensætning af fagudvalg

Forvaltningslovens § 4, stk. 2, har været anvendt i forbindelse med udpegning af medlemmer til dette fagudvalg.

Medicinerådets fagudvalg vedrørende migræne	
Formand	Indstillet af
Thue Hjortkjær Nielsen <i>Overlæge</i>	Lægevidenskabelige Selskaber, Dansk Neurologisk Selskab og udpeget af Region Hovedstaden
Medlemmer	Udpeget af
<i>Deltager ikke</i>	Region Nordjylland
<i>Kan ikke opfylde Medicinerådets habilitetskrav</i>	Region Midtjylland
Sidsel Thorup Thomsen <i>Afdelingslæge</i>	Region Syddanmark
Benedikte Wanscher <i>Overlæge</i>	Region Sjælland
Gine Stobberup <i>Klinisk farmaceut</i>	Dansk Selskab for Sygehusapoteksledelse
Jón Trærup Andersen <i>Professor, ledende overlæge</i>	Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi
Flemming Winther Bach <i>Professor, overlæge</i>	Inviteret af formanden
Christian Hansen <i>Patient/patientrepræsentant</i>	Danske Patienter
Anne Bülow-Olsen <i>Patient/patientrepræsentant</i>	Danske Patienter



## 7. Versionslog

### Versionslog

Version	Dato	Ændring
1.1	8. august 2023	Rettet tekst på side 13, hvor doseringen for galcanezumab og fremanezumab var byttet rundt.
1.0	26. april 2023	Godkendt af Medicinrådet.

**Medicinrådets sekretariat**

Medicinrådet Dampfærgevej 21-23, 3. sal  
2100 København Ø

+ 45 70 10 36 00

[medicinraadet@medicinraadet.dk](mailto:medicinraadet@medicinraadet.dk)

[www.medicinraadet.dk](http://www.medicinraadet.dk)